In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Cancers cutanés épithéliaux

❖ ***Introduction:***

- Ce sont les tumeurs malignes les plus fréquentes de la peau
- développées aux dépens de kératinocytes
- on distingue deux types de carcinomes cutanés :
  1. Le carcinome basocellulaire : le + frequent
  2. Le carcinome spinocellulaire

Le carcinome basocellulaire

I. Généralités:

1) C'est une tumeur cutanée de novo
2) Evolution lente à malignité locale !!!
3) métastase exceptionnelle !!!
4) C'est le plus fréquent des carcinomes cutanées 2/3
5) Age > 50ans sans prédilection de sexe.
6) Terrain: phototype clair.
7) Siege : les zones photo exposées : tète et cou 80%

II. Facteurs favorisants :

1) Pas de lésion précancéreuse (précurseur).
2) Le soleil : relation étroite entre le soleil et le phototype clair
3) Agents carcinogènes :
   - ➔ radiothérapie anti-inflammatoire
   - ➔ radioscopie
   - ➔ Arsénisme chronique
4) Maladies congénitales : xéroderma pigmentosum, albinisme.
5) Immunodépression : iatrogène ou infection HIV

III. *Clinique* « ulcus rodens »

1) Siege :
   - sur le visage en péri orificiel
   - ne touche pas les muqueuses !!!
2) Début :
   - petite élevure rose, molle
   - qui s'étale en petit placard centré d'une ulcération en coup d'ongle.
3) L'aspect des bords est caractéristique: perlé
   (Perles=juxtaposition de petits grains fermes de 1-2mm, translucides, opalins) parcourues de télangiectasies parfois pigmentés.
4) SF pas de douleur
5) Ex clinique : pas d'ADP

FORMES CLINIQUES :

A. Cbç nodulaire:
1) nodule ferme bien limité,
2) translucide,
3) surface lisse parfois squameuse

B. Cbç Pagetoide:
1) lésion bien limitée lisse
2) ou squameuse siège sur le tronc

C. Cbç Sclérodermiforme:
1) plaque dure
2) déprimée et rétractile
3) mal limitée
4) de couleur blanchâtre

D. Cbç Tatoué:

Par dépôt de mélanine dans la lésion

IV. *diagnostic positif :*

1) Clinique

2) Histologie:
1) Amas de petites cellules basophiles atypiques
2) Les cellules périphériques sont :

Les cellules périphériques	Les cellules centrales
– cubiques ou cylindriques – à limites nettes – disposées en palissades	– rondes ou ovalaires – à limites flous – agencées sans ordre

V. *le diagnostic différentiel :*

1) Mélanome malin : se pose avec le Cbç tatoué
2) Histiocytofibrome : tumeur bénigne chez la femme
3) Kératoacanthome

VI. *Evolution*

- Sans TRT : évolue lentement et localement
- Peut induire des destructions tissulaires importantes
- Rarement métastatique

VII. *Pronostic :* 90% de guérison totale après TRT

VIII. *Traitement*

- Chirurgie : TRT de choix
  - exérèse totale de la lésion avec
  - marge de sécurité de 4mm latéralement
  - et atteindre le panicule graisseux en profondeur
- Cryochirurgie (-20 -30 C°) : sujet âgés et CI à la chirurgie
- Curetage –électrocoagulation.

IX. *Prévention :* photoprotection et éviter les comportements à risque.

Carcinome spinocellulaire

I. Généralités:

1) appelé aussi carcinome épidermoide
2) tumeur épithéliale maligne d'origine kératinocytaire
3) carcinome agressif avec tendance infiltrante locale
4) Dissémination métastatique par voie lymphatique
5) 1/3 des carcinomes cutanés
6) Age› à60ans sexe 2H /1f
7) Siege: zones photo exposées

II. Facteurs carcinogènes :

1) Soleil: peau claire, exposition au soleil.
2) Infection HPV 16, 18, 31,33.
3) Exposition aux :
   - Hydrocarbures
   - radiations ionisantes
   - Arsénisme chronique.
4) Tabagisme chronique : leucoplasie buccale

➔ ***Lésions pré épithéliomateuses*** : Précédant le carcinome: !!!

1) Kératose actinique ou sénile :
   - en rapport avec le soleil
   - lésion brun jaunâtres
   - recouverte de squames
2) Maladie de bowen (carcinome in situ)
3) Leucokératoses muqueuses:
   - lésion blanche circonscrite kératosique
   - avec tendance à l'ulcération.
4) Autres :
   - plaies cutanées chroniques: ulcère de jambe
   - Cicatrices (de brulures…….)

III. Clinique carcinome spinocellulaire sur kératose actinique

1) Début:
   - lésion dure crouteuse
   - jaune brunâtre
   - mamelonnée en surface
   - qui s'infiltre en profondeur.
2) Phase d'état :
   - tumeur ulcérovégétante
   - de 2-3 cm de diamètre
   - friable
   - malodorante
   - indolore

<u>Formes cliniques :</u>

A. Csç ulcéreux :
   - siège : lèvre inférieure
     Muqueuse ano-génitale
     Extrémités
   - Ulcération polygonale à bord et fond induré; très infiltrante

B. Csç verruqueux :
   - tumeur bourgeonnante
   - exophytique
   - kératosique

IV. Diagnostic positif:

1) <u>Clinique</u>
2) <u>Histologie:</u> +++

❖ Anomalie architecturale :
   - Lobules cellulaires mal limités
   - envahissant le derme et l'hypoderme.

❖ Anomalies cytologiques :
   - grands kératinocytes éosinophiles
   - avec atypies cytonucléaires et mitoses.

❖ Différenciation kératinocytaire : les globes cornés+++ au centre des lobules tumoraux
   ➔ (amas arrondies de ç anuclées eosinophiles)

V. Diagnostic différentiel

1) Kératoacanthome: tm bénigne
2) Mélanome malin achromique:
3) Cbç ulcéreux: ulcération torpide avec bordure perlée

VI. Evolution- pronostic:

En l'absence de TRT:
➔ au début Infiltration locale
➔ puis dissémination lymphatique vers les ganglions satellites
➔ puis dissémination hématogène vers les viscères (poumon, foie, os)

VII. le traitement

1) Chirurgie: avec marge de sécurité de 1-2cm.
2) Curage ganglionnaire : en cas de métastases ganglionnaire.
3) Chimiothérapie (systématique) : en cas de métastases ganglionnaire ou viscérales

➔ Prévention :
   - Destruction de lésions précancéreuses
   - Photoprotection